

10 cas :

- Evidement triangulaire dans huit cas : Carcinome muco-épidermoïde dans quatre cas, carcinome à cellules mucineuses dans deux cas, adénocarcinome dans un cas et liposarcome dans un cas.

- Curage radical dans deux cas : Mélanome malin dans un cas et un cas de carcinome muco-épidermoïde de haut grade de malignité en perméation cutanée.

Une anastomose VII-XII a été réalisée en peropératoire dans un cas de parotidectomie totale non conservatrice pour carcinome muco-épidermoïde, avec persistance de la paralysie faciale totale et complète en postopératoire.

Les suites opératoires ont été marquées par une surinfection de la plaie opératoire dans un cas. Trois cas de PF transitoires avec une récupération satisfaisante dans un délai variant de 1 mois à un an : Il s'agissait de trois cas de parotidectomie totale conservatrice (carcinome muco-épidermoïde, LMNH et adénocarcinome parotidiens). Sept cas de PF définitive : Il s'agissait de sept cas de parotidectomie totale non conservatrice. Aucun cas de syndrome de Frey et aucun cas de fistule salivaire n'a été rapporté.

Sept patients ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire: un cas de mélanome malin, deux cas de carcinome mucoépidermoïde dont la parotidectomie a été subtotale et l'examen anatomopathologique a montré un envahissement ganglionnaire et un cas de liposarcome indifférencié de haut grade. Chez deux patients, on a eu recours à une radiothérapie palliative (carcinome muco-épidermoïde de haut grade inextirpable). Un patient a bénéficié d'une chimiothérapie.

Un cas de récurrence a été constaté avec un recul de 13 mois : Il s'agissait d'un carcinome muco-épidermoïde opéré par une parotidectomie subtotale avec curage ganglionnaire radical (11N+/23N-) puis radiothérapie complémentaire. Le patient a présenté une récurrence locorégionale massive et il a été par la suite adressé pour traitement palliatif.

Le suivi moyen était de 19 mois (1 mois à 4 ans). Nous avons déploré trois décès : Il s'agissait de deux cas de tumeurs inextirpables d'emblée (carcinome épidermoïde et carcinome muco-épidermoïde très évolués en perméation cutanée et en métastase) et un cas de récurrence locorégionale massive après traitement radio-chirurgical (carcinome muco-épidermoïde de haut grade de malignité).

Conclusion

Les tumeurs malignes de la parotide sont relativement rares. La démarche diagnostique face une tumeur parotidienne se base sur les informations recueillies par l'examen clinique ainsi que sur les données para cliniques anatomo-pathologiques et radiologiques. L'imagerie et surtout l'IRM est d'un grand apport pour le clinicien dans le bilan d'extension et l'orientation vers la malignité. La ponction cytologique insuffisamment pratiquée sous nos cieux s'est largement diffusée et fournit des informations dont la valeur diagnostique a été démontrée. La connaissance préopératoire du type histologique, permet d'adapter la stratégie thérapeutique en fonction de l'agressivité tumorale, guidant ainsi le geste opératoire. La parotidectomie sera totale ou élargie, associée ou non à un évidement

ganglionnaire cervical. La radiothérapie complémentaire est indiquée en cas de résection incomplète ou de tumeurs invasives. Le pronostic dépend du type histologique et du degré d'évolution tumorale.

Références

1- Harish K. Management of primary malignant epithelial parotid tumors. Surg Oncol 2004; 13: 7-16

Kaffel Nadia, Selmi Z, Stambouli I, Lahiani R, Ben Salah Mamia, Hajri Hela, Ferjaoui Mohamed

Service Orl – Hôpital Charles Nicolle. Tunis
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar

Adenocarcinoma arising in 'J' pouch after total proctocolectomy for familial polyposis coli

Preventive total colectomy with mucosectomy and ileoanal anastomosis which was supposed to preserve from degeneration patients carrying a familial adenomatous polyposis, can become complicated, of recurrent of the polyps of adenomatous type on the level of the pouch (1-6). The prevalence of the polyps in the ileal pouch varies from 8 to 62% (3). The risk of degeneration of these polyps on the level of the pouch, is not well-known, however, fifteen cases only in the literature were reported after mechanical anastomosis as well as after mucosectomy and manual anastomosis (7).

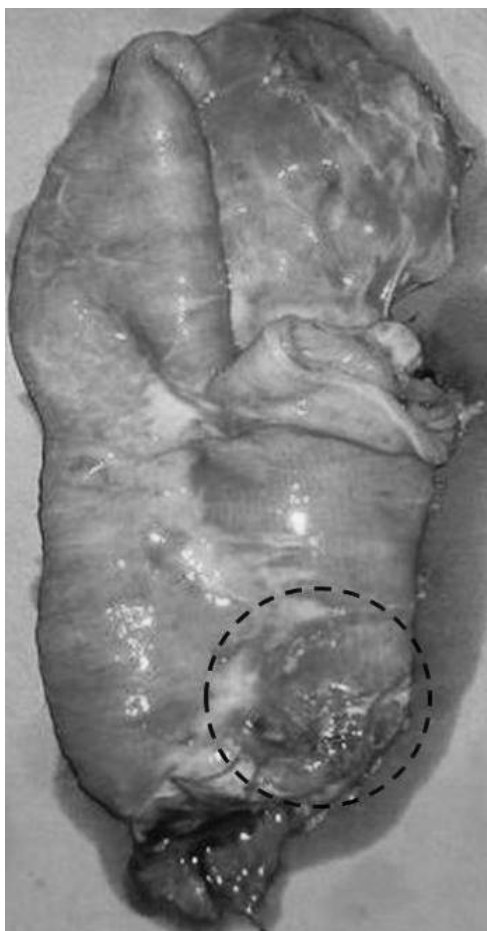
We report a new case of adenocarcinoma arising in 'J' pouch after total proctocolectomy for familial polyposis coli.

Observation

The diagnosis of adenomatous polyposis was carried in 1996 in Mrs. G.D. at the age of 16, by the endoscopic discovery of a diffuse colic polyposis with rectal attack without duodenal one. It was about a novo case which transfer was not identified by direct genetic analysis. Preventive total colectomy with manual mucosectomy and ileoanal anastomosis on two times (the length of the pouch was 15cm) were performed with simple operational effects, a functional good performance. In 2006, the patient was 26 years old, when an endoscopic examination had shown the appearance of polyps in dysplasia of low rank on the level of the pouch having been the subject of an iterative resection by endoscopic. Two months later, we noted the appearance of a hemircumferential polypoid formation without sign of biopsy degeneration having justified the resection by trans-anal way. Eight month later, a new endoscopy had shown the appearance of many polyps on the level of the pouch of which some were degenerated. The patient was dealt with again by a double initially median and perineal track. After resumption of the median laparotomy and careful

release of adhesences, a release of the pocket was carried out (Figure 1) which associated to amputation of anal sphincter and final ileostomy. The final histopathological report showed undifferentiated adenocarcinoma, and the resection margins were tumor-free. Neither chemotherapy nor radiotherapy were performed. Following 12 months a local advanced relapse with diffuse liver metastasis were diagnosed and patients died few months later.

Figure 1 : Photo caption of the specimen. The tumor of 2 cm (delimited by black interrupted circle) arising in 'j' pouch, some years after an ileoanal anastomosis carried out for familial adenomatous polyposis.



Conclusion

This observation focuses on the need for a regular (annual and even semi-annual) endoscopic monitoring of the pouch in patients carrying and operated of familial a adenomatous polyposis. Considering the absence in the literature of study confirming the absence of malignant evolution of recurrent polyadenomatous, a processing aiming at removing the polyps on the level of the pouch is essential, but remains badly codified: the endoscopic therapy (I.e., mucosectomy, biopsy exeresis or cauterization to Argon plasma) or the operative treatment which consists on trans-anal mucosectomy. In our

case, because of the degeneration of recurrent polyps, we have preferred to perform a complete excision of ileao-anal pouch. Even this radical management, local and distance relapse of cancer have occurred.

References

- 1- V. Bouygues, G. Meurette, C. Bossard, E. Cassagnau, M. Le Rhun, P.-A. Lehur. Recurrent adenomas in ileal pouch following adenomatous polyposis. *Gastroentérol Clin Biol* 2008 ;32: 525-29
- 2- Iain G. Beveridge, David J. W. Swasain, Chris J. Groves, et al. Large villous adenomas arising in ileal pouches in familial adenomatous polyposis: Report of two cases. *Dis. Colon Rectum* 2004; 47:123-26.
- 3- YR. Parc, S. Olschwang, B. Desaint, G. Schmitt, RG. Parc, E. Tiret. Familial adenomatous polyposis: prevalence of adenomas in the ileal pouch after restorative proctocolectomy. *Ann. Surg.* 2001;233;360-64.
- 4- RD. Valle, GL. De'Angelis. Pouch adenomas after ileal pouch-anal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Dis. Colon Rectum* 2001 ; 44 ;456-58.
- 5- Nugent KP, Spigelman AD, Nicholls RJ, Talbot IC, Neale K, Phillips RK. Pouch adenomas in patients with familial adenomatous polyposis. *Br J Surg* 1993;80;1620.
- 6- Thompson-Fawcett MW, Marcus VA, Redston M, Cohen Z, McLeod RS. Adenomatous polyps develop commonly in the ileal pouch of patients with familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 2001;44; 347-53.
- 7- FH. Remzi, JM. Church, J. Bast et al. Mucosectomy vs. stapled ileal pouch-anal anastomosis in patients with familial adenomatous polyposis: functional outcome and neoplasia control. *Dis Colon Rectum* 2001;44;1590-6.

Amin Makni, Faouzi Chebbi*, Wael Rebai*, Sofiene Ayadi*, Monia Fekih**, Mohamed Jovini*, Montassar Kacem*, Zoubeir Ben Safta*.*

**Department of General Surgery 'A'*

***Department of Gastroenterology, La Rabta Hospital, Tunis, Tunisia*

Tunis Medical School

Tunis El Manar University

Duplication gastrique de siège intrapancréatique

Les duplications digestives sont des malformations rares, sphériques ou rarement tubulaires siégeant le long du tube digestif (1). La localisation gastrique est rare et siège volontiers le long de la grande courbure. Exceptionnellement, elle peut se situer à distance de l'estomac, au niveau du pancréas. La présentation clinique est variable et le diagnostic est rarement fait en préopératoire.

Nous rapportons une observation rare de duplication gastrique intra pancréatique.

Observation

H.L. est une fille âgée de cinq ans, hospitalisée à l'âge de deux ans pour des douleurs abdominales et des vomissements évoluant depuis quelques jours. L'examen clinique ainsi que le bilan biologique étaient normaux (CRP à 8 mg/l, Urée à 7 mmol/l, Créatinine à 35 μ mol/l, Amylasémie à 145U/l). Une échographie abdominale a été pratiquée et a montré une formation kystique hétérogène, cloisonnée, de 5 cm de grand axe de siège épigastrique. Le dosage des marqueurs tumoraux (α FP, β HCG) était négatif. La patiente a été perdue de vue